



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Nancy Molina Estrada</i>		NIVEL: <i>20</i>	FECHA: <i>24-Ene-2017</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de Proyectos Estratégicos</i>		RANGO: <i>2</i>	IMPORTE \$ <i>300-</i>
JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Asistencia a la Clínica Regional Intopex de la Sed a Atención Adm. Ciudadano.</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		Km. INICIAL	CON GASOLINA
		Km. FINAL	SIN GASOLINA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Nancy Molina Estrada</i>		FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>[Signature]</i> DIRECTOR	
		<i>[Signature]</i> ADMINISTRADOR	

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.

50 000 002/13

[Stamp]
23 ENE 2017
[Stamp]